

*Андрей Золотарев:*

**Еще не все понятно ученым и в строении глаза, и, соответственно, в причинах возникновения многих болезней. Я не знаю, когда глаз будет изучен досконально**

ЛЮДМИЛА МОЛЯКОВА,  
ПАВЕЛ БУХВАЛОВ (ФОТО), А.КАРЕТНИКОВА (ФОТО)

#### Главное направление

**- Почему вы стали офтальмологом? Не самая популярная специальность была тогда для мужчины...**

- Если ты вырос в медицинской семье и с детства постоянно слышишь разговоры об офтальмологии, а Тихон Иванович Ерошевский для тебя - это просто дядя с маминной работы... Какие еще могут быть варианты? (улыбается). Но шутки шутками, когда поступил в мединститут, офтальмологом быть не собирался. Меня интересовали другие медицинские специальности. Но когда на 4-м курсе у нас был курс глазных болезней, всю группу повели в операционную, и я впервые заглянул в микроскоп... И сразу понял - там действительно Вселенная. А еще у меня был очень хороший преподаватель Александр Иванович Протасов, который в свое время работал с Ерошевским. Вот эти люди меня и привели в офтальмологию.

**- Изучением строения глаза человечество занимается уже не одну сотню лет. И до сих пор еще не все с этим ясно?**

- Да. Еще не все понятно ученым и в строении глаза, и, соответственно, в причинах возникновения многих болезней. Я не знаю, когда глаз будет изучен досконально. Его надо еще изучать и изучать. Так, недавно мы изучили строение увеосклерального пути оттока внутриглазной жидкости. («Мы» - это исследовательская группа нашего НИИ глазных болезней.) Наш доклад на эту тему на Международном конгрессе в Москве продемонстрировал новые подходы в лечении и, возможно, даже в полном излечении глаукомы. Эта болезнь - главная причина инвалидности по зрению. По крайней мере одну из систем глаза мы изучили на данном уровне досконально.

**- Заболеваемость глазами болезнями в мире и России растет?**

- Растет. И в первую очередь это связано с тем, что увеличивается средний возраст населения, планета стареет, а многие глазные заболевания - следствие более зрело-

АНДРЕЙ ЗОЛОТАРЕВ,  
ГЛАВНЫЙ ВРАЧ САМАРСКОЙ  
ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ  
ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ  
БОЛЬНИЦЫ  
ИМ. Т.И. ЕРОШЕВСКОГО

# Глаз - это Вселенная



го возраста, те же глаукома, катаракта. А возрастная макулярная дегенерация так прямо и называется – возрастная. Растет во всем мире количество больных диабетом, а значит – диабетическая ретинопатия. Кроме того, мы научились лучше диагностировать заболевания, в том числе и прежде всего на ранних стадиях. В этом огромный плюс, потому что на ранних стадиях лечить многие заболевания глаз проще, эффективнее и дешевле. С другой стороны, растут и цифры заболеваемости.

**- Как вы делите свое время между администрированием, лечебной работой и наукой?**

- Стараюсь выделять главное направление в данный момент. Вот сейчас, например, главная задача для меня - увеличение доступности медицинской помощи в условиях тесноты и скученности, которая определена, с одной стороны, размерами нашей больницы, а с другой - состоянием офтальмологической службы области. А оперировать продолжаю только там, где мне еще нет достойной замены. Пока так получается, что не по всем своим направлениям подготовил хирургов, которые могли бы заменить меня на некоторых видах операций. Но уже многие врачи по своим направлениям оперируют лучше меня, и я этому очень рад. И потому в многопрофильной больнице главный врач может быть только управленцем, а в монопрофильной, как у нас, он должен быть еще и авторитетным специалистом по основному медицинскому направлению. Иначе невозможно определиться с генеральным направлением развития офтальмологии не только в больнице, но и всей Самарской области: очень быстро идет обновление и углубление научных знаний. От этих изменений зависят и перемены в построении всей офтальмологической службы.

**На всех средств всегда не хватает. Какие самые актуальные проблемы вы наиболее остро ощущаете?**

- В первую очередь, нехватку площадей. У нас очень старые и тесные здания. Если говорить об оборудовании, то мы очень прилично оснащены. Программа модернизации позволила значительно обновить аппаратуру, и у нас сейчас клиника одна из лучших в России по оснащенности. С финансированием сейчас у всех достаточно напряженно. На всех средств всегда не хватает, и встают вопросы распределения приоритетов. Понятно, что задача снижения смертности требует первоочередных вложений. Но качество жизни тех, кто живет, должно волновать ничуть не меньше.

Та же слепота считается едва ли не самым страшным кошмаром жизни. По опросам пациентов, на первом месте у них страх смерти, а на втором – страх слепоты. И только потом идут страхи потерять руку, ногу... Снижение зрения весьма ощутимо отражается на качестве жизни. Конечно, хотелось бы, чтобы вопросы борьбы со слепотой и сохранения зрения уделялось больше внимания.

С другой стороны, надо отдать должное губернатору области, правительству региона и министру здравоохранения лично – с их стороны мы встречаем понимание и поддержку, которыми не каждый регион может похвастаться. Например, это ярко проявилось в организации мобильных офтальмологических комплексов. Они были закуплены на средства по модернизации. Идея носилась в воздухе, а инициативу озвучил Геннадий Николаевич Гридасов. У нас на тот момент практически была готова концепция. Так, при его активной поддержке уже больше двух лет у нас в области работают уникальные для России,

*Андрей Золотарев:*

**Я продолжаю оперировать только там, где мне еще нет достойной замены. Пока так получается, что не по всем своим направлениям подготовил хирургов, которые могли бы заменить меня на некоторых видах операций. Но уже многие врачи по своим направлениям оперируют лучше меня, и я этому очень рад**



первые и совершенно замечательные комплексы.

**- Почему вы о них так мечтали?**

- У нас основная проблема даже не столько в лечении, сколько в диагностике офтальмологических заболеваний. Но если поставить, например, оптический когерентный томограф в районе с населением 10-12 тысяч человек, он там полтора месяца проработает, потом будет простаивать. Возникнет вопрос об эффективности использования бюджетных средств. Чтобы оснастить все крупные районы области так, как положено, нужны очень серьезные средства. Компромиссный и оптимальный вариант – мобильные офтальмологические комплексы. Они у нас себя замечательно показали!

**- Из чего состоит комплекс?**

- Это два огромных фургона-модуля. В одном организованы преимущественно оптометрия, проверка зрения, диагностика и массовый скрининг, в другом проводится углубленная диагностика и лазерные операции. Мы сделали упор на то, что большая хирургия с проникновением в глаз должна проводиться в нормальных условиях хорошо оборудован-

ПО РЕЗУЛЬТАТАМ НАШИХ ОПРОСОВ, ИЗ РАЙОНОВ В САМАРУ ПО РАЗЛИЧНЫМ БЫТОВЫМ ПРИЧИНАМ НЕ ПОЕХАЛИ БЫ ЛЕЧИТЬСЯ ОКОЛО 30% БОЛЬНЫХ, ДАЖЕ НЕСМОТЯ НА УГРОЗУ СЛЕПОТЫ



ПРИ АКТИВНОЙ ПОДДЕРЖКЕ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ ГЕННАДИЯ ГРИДАСОВА УЖЕ БОЛЬШЕ ДВУХ ЛЕТ В ОБЛАСТИ РАБОТАЮТ УНИКАЛЬНЫЕ ДЛЯ РОССИИ, ПЕРВЫЕ И СОВЕРШЕННО ЗАМЕЧАТЕЛЬНЫЕ МОБИЛЬНЫЕ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ КОМПЛЕКСЫ



ного стационара. Но есть лазерные технологии, которые позволяют не вскрывать глаз, а проникать внутрь сквозь его прозрачные части лазерным лучом вместо скальпеля и достигать прекрасных результатов.

**- Комплексы пользуются спросом у населения?**

- Еще как! Списки пациентов формируются заранее, чтобы к нам попасть. Люди ждут, надеются - особенно в тех районах, куда мы приезжаем уже во второй-третий раз. И самое удивительное – результаты опросов, которые мы проводили, когда только начинали ездить по районам. Мы выяснили, что вне зависимости от состояния глаз, даже при полной слепоте (около 30% опрошенных) все равно в Самару к специалисту не поехали бы, несмотря ни на какие шансы вылечиться. У кого хозяйство, его не бросишь, кто-то одинок совсем. Ну куда одинокая бабушка из дальней деревни поедет, да еще с плохим зрением, как она доберется, найдет нас? А тут врачи приехали, посмотрели, может быть, даже прооперировали. Если нужны более серьезные операции, то можно пригласить, вызвать, привезти пациента, прооперировать в клинике. Словом, ситуация изменилась серьезно. Повторюсь, это первый в России и пока единственный такой комплекс. Главный офтальмолог Российской Федерации Владимир Владимирович Нероев проявил к нему огромный интерес во время Ерошевских чтений в 2012 году и даже запросил информацию для представления в федеральное министерство.

А я очень благодарен сотрудникам этого отделения, которые свое рабочее время проводят в разъездах по городам и весям нашей немаленькой области. Это подвижники.

**Требуется перезагрузка**

- В Послании губернатора было обращение к руководителям медицинских учреждений повышать конкурентоспособность больницы, привлекать иногородних пациентов, которые выгодны нашей медицине. Как вы решаете эту задачу?

- Конечно, поток иногородних и даже зарубежных пациентов - это показатель конкурентоспособности. И к нам едут, едут со всей России: из Оренбургской области, Астраханской, Нижневартовска, Сахалина, на очереди Ульяновск, Татарстан, Пенза, Саратов, Тюмень. Едут и из-за рубежа. Немцы, итальянцы оперировались. У нас дешевле, а по качеству мы ни в чем не уступаем, разве только по комфортности пребывания в больнице.

А конкурентоспособность определяется не только технологиями, мастерством врачей, но и инфраструктурой. Если прекрасно делают операцию, но все это происходит в сарае, то люди к нам не поедут. Хотя стараемся, как можем, поддерживать приличное состояние, вот сделали косметический ремонт, но площадь от этого не увеличилась, все равно тесно.

Да, мы приглашаем пациентов из других регионов, иногородних, но не в таких объемах, которые мы могли бы обеспечить. Поэтому вопросы содержания и уж тем более развития больницы требуют дополнительного внимания. Все-таки больница 50 лет живет и работает без реконструкции. В свое время она была рассчитана на совсем другие масштабы работы и на 3-4 тысячи пациентов в год. Мы сейчас лечим 18-20 тысяч, но потребность все равно не покрываем полностью. И уж тем более с перегрузкой работает консультативная поликлиника, не рассчитанная на такой поток пациентов. Да, мы сейчас работаем в две смены, да, мы работаем и по субботам, да, мы увеличили количество рабочих мест для врачей.

**Сколько было примеров, когда после операции пациент идет сразу козу пасти или корову доить, а потом приходит к нам лечить осложнения, что, естественно, сложнее и дороже!**

А еще организовали электронную запись, устанавливаем новую АТС для увеличения записи по телефону - словом, используем все внутренние ресурсы.

Но тот объем услуг, который необходимо оказывать населению, на этих площадях физически невозможно обеспечить, поэтому и очереди создаются.

Порой отечественную медицину обвиняют в искусственном завышении количества госпитализаций, мол, кладут больных, которых можно было лечить амбулаторно, в расчете получить деньги за лечение. У нас совершенно другая ситуация. Без показаний мы операцию просто не сделаем. Если она не нужна, естественно, мы ее делать не будем. У нас все госпитализации показаны, четко обоснованы. Кстати, когда я пришел работать главным врачом, мы пролечивали 10-11 тысяч больных в год, в этом году вышли на 20 тысяч. Мне порой даже не верят коллеги из других регионов, когда я рассказываю о таких результатах. Более 20 тысяч больных в год – это параметры крупных специализированных институтов, а не больницы 50-летней давности постройки. Но эта цифра могла быть больше – ведь очередь все еще слишком большая. (При условии госзадания по ОМС). И в этой ситуации логично приглашать пациентов из других регионов. С другой стороны, тесно, нет условий, особенно в поликлинике, а приглашая больше иногородних, мы растягиваем свою очередь. Ищем компромиссные варианты, дополнительные внутренние ресурсы и т.д.

**- А не прорабатывали вариант расширения больницы на основе государственно-частного партнерства?**

- Этим вопросом занимаемся... Тема модная, интересная, но не такая уж простая. Найти баланс между интересами государства и инвестора достаточно сложно. Причем ситуация меняется. Те, кто приходил инвестировать, рассчитывая на один курс евро или доллара, столкнулись с другими условиями. Поэтому задумались все. Хотя это сейчас, пожалуй, основной вопрос.

**- А не было идеи предусмотреть в новом комплексе зданий социальную гостиницу для тех пациентов, которые приехали издалека и не могут ездить туда-сюда на прием к врачу? Они могли бы остановиться в гостинице и пожить там какое-то время, наблюдаясь у вас.**

- Именно в таком ключе развивается обсуждение варианта государственно-частного партнерства. Единственное, это не гостиница, это правильное было бы назвать корпусом реабилитации или долечивания. Эта идеология давно во-

года. Тогда еще только начинали стационарзамещающие операции, но для масштабного перехода на такие технологии мы подготовились только теперь. Сейчас это направление в тренде, что называется, и во всем мире офтальмология – специальность преимущественно амбулаторная.

Правда, к сожалению, сложилось так, что у нас многие пациенты уступают пациентам из развитых зарубежных стран по степени мобильности и ответственности. А с точки зрения технической мы можем очень большую часть операций сделать так, что, в принципе, пациенту не обязательно лежать на койке в больнице. Но, учитывая, что он по месту жительства адекватного лечения (в частности – с аппаратной диагностикой) в первые несколько дней после операции получить не сможет, а даже закапывать капли надо уметь правильно (и уходит несколько дней, чтобы его или родственников этому обучить!), мы держим пациентов в больнице несколько дней. Чтобы можно было потом спокойно отпустить, не опасаясь, что человек сумеет у себя дома выполнить наши рекомендации.

Сколько было примеров, когда после операции пациент идет сразу козу пасти или корову доить, а потом приходит к нам лечить осложнения, что, естественно, сложнее и дороже!

площена в Москве в Институте микрохирургии глаза им. Федорова. Там есть отдельно институт, пансионат, поликлиника, корпус долечивания. Но там были другие условия финансирования и другой организационно-юридический статус. Хороший, кстати, пример: если один раз хорошо построить, а не латать дыры, то этого хватит надолго. Институт Федорова успешно функционирует уже более 25 лет.

Пока мешают объективные препятствия, в первую очередь это устаревающая инфраструктура. Можно поставить оборудование, освоить технологии, научить людей, но стены не раздвинешь...

Беда и в том, что мы не можем развернуть в полном объеме платные услуги, поскольку наша основная функция – оказание услуг по обязательному медицинскому страхованию. Существенно сложнее стало решать вопросы ремонта и реконструкции больницы, ремонтов и технического обслуживания оборудования. И, к сожалению, как мы ни объясняем пациентам, что мы ни в коем случае не затрудняем оказание бесплатных услуг, чтобы оказывать платные, вопросы все равно задают.

Но будущее – все равно за стационарзамещающими технологиями, и в перспективе мы переведем значительную часть пациентов на амбулаторное лечение.

Кстати, в этом году мы сделали в 10 раз больше стационарзамещающих операций, чем в прошлом. И это – в дополнение к «Микрохирургическому стационару одного дня», который у нас заработал уже более 10 лет назад впервые в России. У нас в этом плане опыт очень большой. Мы сейчас переводим в стационарзамещающий режим даже операции при катаракте в неосложненных случаях. И начинаем делать даже сложные витреоретинальные операции в режиме дневного стационара. Это не везде делают у нас в стране, хотя на Западе освоили.

Правда, отпускаем домой при условии, что пациент не останется без наблюдения врача, сможет при необходимости быстро приехать на осмотр. Когда эти аспекты будут полностью решены, количество стационарных больных уменьшится в разы.

**- А не было идеи предусмотреть в новом комплексе зданий социальную гостиницу для тех пациентов, которые приехали издалека и не могут ездить туда-сюда на прием к врачу? Они могли бы остановиться в гостинице и пожить там какое-то время, наблюдаясь у вас.**

- Именно в таком ключе развивается обсуждение варианта государственно-частного партнерства. Единственное, это не гостиница, это правильное было бы назвать корпусом реабилитации или долечивания. Эта идеология давно во-

очень хочется сделать первую в России клинику, реально отвечающую современным западным стандартам, или превосходящую их. Теоретически это возможно, и не такие уж безумные деньги нужны для этого.

Мы близки к тому, чтобы предложить способы излечения некоторых неизлечимых заболеваний. Мы проработали теоретическую часть, теперь надо переводить все в практику и доказывать свои разработки. А доказательства в медицине – это усилия и масса времени.

Хочется все успеть. Не успеем – ученики продолжат



Очень хочется сделать первую в России клинику, реально отвечающую современным западным стандартам, или превосходящую их. Теоретически это возможно, и не такие уж безумные деньги нужны для этого.

Мы близки к тому, чтобы предложить способы излечения некоторых неизлечимых заболеваний. Мы проработали теоретическую часть, теперь надо переводить все в практику и доказывать свои разработки. А доказательства в медицине – это усилия и масса времени.

Хочется все успеть. Не успеем – ученики продолжат

### Жалобы – вещь полезная

**- А жалобы на вашу больницу пишут?**

- Да, конечно. Жалуются на низкую доступность, очереди. К счастью, редко, но бывают жалобы на невнимательное отношение со стороны сотрудников. Правда, намного больше благодарностей.

К жалобам мы относимся с большим вниманием, это не очернение, не оскорбление, а способ улучшить работу. Так что жалобы – вещь хотя и неприятная, но очень полезная. И если с ними правильно работать – это хороший материал для анализа и развития, чтобы не давать таких поводов в дальнейшем. А без обратной связи никакая система хорошо работать не может.

**- Что вам дает членство в Общественной палате губернии?**

- Мне эта работа дает понимание некоторых процессов в обществе, более широкий взгляд. Общение в профессиональной среде – это одно, а общение с представителями других сфер – другое, оно порой действует как холодный душ, но всегда очень полезно. Чем больше точек зрения, тем ближе к истине.

Но моя основная работа – главный врач и главный офтальмолог Самарской области. Как главный врач, стараюсь обеспечить максимально приемлемые условия для лечения максимального количества людей с максимально хорошим качеством. Похоже, получается лучше, чем во многих других регионах РФ. Уровень первичной инвалидности по зрению у нас объективно самый низкий в России.

В последние несколько лет мы серьезно внимание уделяем амбулаторной сети, проводим обучение новых офтальмологов, активно работает первый в Российской Федерации «Глаукомный центр», который организовали больше 10 лет назад. Мы добились, что в результате внедрения в практику работы (кстати, первыми в России!) современных гипотензивных высокоэффективных препаратов количество операций при глаукоме упало в два раза. Если правильно лечить и адекватно наблюдать, можно избежать операции во многих случаях. По диабету были большие проблемы, и мы три года назад организовали областную офтальмоэндокринологический центр, тоже первый в России. И результаты его работы во многом уникальны. Не случайно нас просят поделиться этим опытом другие регионы.

**- В чем уникальность центра?**

- Диабет, как известно, болезнь коварная. В большинстве случаев, если вовремя обнаружить осложнения диабета на сетчатку глаза и вовремя провести лазерную профилактику, то это будет стоить 2-3 тысячи рублей. Если вовремя и правильно ее сделать, то она в 90% случаев гарантирует отсутствие осложнений. Если ее сделать не вовремя или не сделать вообще, то она в 80-85% гарантирует развитие тяжелых осложнений, которые потом потребуют хирургического лечения стоимостью 100-115 тысяч рублей за одну такую операцию. И не факт, что результат будет положительным. Рецидивы при тяжелых поражениях сетчатки при диабете бывают

через полгода-год, даже после прекрасно сделанной операции. Мы резко увеличили количество лазерных коагуляций и всерьез рассчитываем, что количество запущенных стадий диабета будет уменьшаться. Плюс еще полностью организовали работу по хирургическому лечению заболеваний сетчатки при диабете и некоторых других заболеваниях – отслойке сетчатки, кровоизлиянии, рубцах, различных воспалениях. У нас много лет этим занимался всего один хирург на всю область и близлежащие регионы, выполняя 300-400 операций в год, хотя потребность в этих операциях составляла до полутора тысяч. Когда мы получили оборудование по программе модернизации здравоохранения, начали искать соответствующих специалистов. И вот – двух специалистов привлекли из других городов на постоянной основе, двух подготовили своих, а еще «на подмогу» периодически приезжает авторитетный хирург из МНТК «Микрохирургия глаза» имени С.Н.Федорова. Таким образом, у нас сейчас 5 хирургов работают в этом направлении, и в результате полностью пропала очередь на консультации, которая прежде составляла более 6 месяцев. Почти ликвидирована и очередь на операции, которая иной раз доходила до полутора-двух лет. Конечно, это было неприемлемо, и мы приложили все усилия, чтобы исправить ситуацию.

**- Вы освоили и помощь новорожденным? Это новое направление работы больницы?**

- Создан Центр ретинопатии недоношенных, практически решивший острую